

※支給決議書	支給年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	担当			
	支給額											
	支給内訳	法定					分娩年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	被扶養者届
		付加					認定年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	備考						資格取得日	昭和・平成・令和	年	月	日	
						資格喪失日	昭和・平成・令和	年	月	日		

被保険者 出産育児一時金(差額)請求書
家 族 兼 直接支払制度利用者用
 内払金支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 11 番号 12345	被保険者の 氏名	日航 太郎 生年月日 昭和 平成 58 年 7 月 10 日				
	被保険者の 現住所	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3		TEL	03	(1234)	1111	
	事業所名 (所属)	株式会社 JALOO		(△△部)	TEL	03	(5678)	9999
	分娩年月日	平成 令和	3 年	7 月	3 日	死産のときは その旨		
	家族の分娩であ るときはその者の	氏名	日航 花子		続柄	妻		
	出生児の氏名	日航 桃子				出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある	ない
	被保険者が資格喪失後の分娩のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください 被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に分娩したとき.....分娩6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください							
	保険者名称 (健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		保険証記号・番号	—			
	被扶養者(家族)の分娩で分娩前6ヶ月以内に 会社に勤務していたときその勤務先			TEL (健康保険)	()			
	退職後の請求 の場合本人 名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	金融機関番号	店舗番号	口座番号		
委任状	所在地 事業所名称 事業主名称	事業主証明印を、事業所健保窓口にて、ご記入いただいで下さい。 被保険者の署名が必要です。		令和	年	月	日提出	
				受付日付印 特例退職(保険証の記号30)及び 任意継続(保険証の記号19) の方は記入不要。				

該当する方は記入してください

注意事項

- ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」の写しを添付して下さい。
- イ. 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用する旨の合意文書」の写しを添付して下さい。
- ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。